

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

El Alcoholismo como Trastorno del Narcisismo

Graciana Papávero 2557/92
Maria de los Ángeles Rodríguez Plá 2586/92

Monografía presentada a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata como uno de los requisitos para obtener el grado de Licenciado en Psicología.

Mar del Plata
2000

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
C. E. Ps.

N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
f-pg	donde
	N° INVENTARIO:
	11345

- alcoholismo
- Narcisismo
- trastorno
Narcisista

Esta monografía es propiedad de las alumnas Graciana Papávero y María de los
Ángeles Rodríguez Plá de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del
Plata y no puede ser publicada en todo o en parte, o resumirse, sin el consentimiento escrito
de las autoras.

Monografía aprobada por:

Supervisor: Lic. Maria del Carmen Rodríguez Salgado



Firma
Lic. CARMEN RODRÍGUEZ SALGADO
DECANA
FACULTAD DE PSICOLOGIA

Co-supervisor: Lic. Graciela Beatriz Plá



Firma
Lic. GRACIELA BEATRIZ PLÁ
Psicóloga - Mat. 45128

Fecha: _____

Índice

Página de Advertencia	II
Página de Corrección	III
Índice	IV
Introducción	1
PARTE I Narcicismo.	3
Capítulo 1. Concepto de narcicismo en Freud	4
Capítulo 2. Narcicismo. Conceptos de Kohut y Bleichmar	8
PARTE II. Trastornos del Narcicismo.	18
Capítulo 1. Trastornos del narcicismo. Hugo Bleichmar.	19
Capítulo 2. Adicciones	23
PARTE III. Alcoholismo	33
Capítulo 1. Alcoholismo. Algunos datos	34
Capítulo 2. Espacio transicional y alcoholización	44
PARTE IV. Propuesta de abordaje	50
Conclusión	60

Introducción

El alcoholismo afecta a más de 2.000.000 de personas en nuestro país.

Es considerado un problema relacionado con la salud que afecta a una persona sana, hasta que en un determinado momento puede provocar en ella síntomas anormales, una incapacidad para el beber normal que lo lleva paulatinamente al beber patológico.

El alcoholismo es una enfermedad psicobiológica progresiva con repercusiones en el aspecto físico, psíquico y social, económico, familiar y espiritual del individuo, caracterizada por la imposibilidad de abstenerse del alcohol y detenerse una vez iniciada la ingesta.

El alcoholismo puede también entenderse como una forma particular de solucionar un conflicto. Se convierte en síntoma cuando aparece como única forma de enfrentar situaciones de stress.

El objetivo del presente trabajo es desarrollar las connotaciones de tomar al alcoholismo como un trastorno del narcisismo y partiendo de este punto realizar una propuesta de abordaje.

¿Qué significa tomar al alcoholismo como un trastorno del narcisismo?

Significa, en primer término, que tomamos como factor importante en el desarrollo de la enfermedad los vínculos tempranos. Supone un estado de insatisfacción en las fases tempranas del desarrollo que empuja al sujeto a la repetición. Este estado sería el resultado de una falta o una falla en la función materna, que provocaría una perturbación en el equilibrio narcisístico. A través de aferrarse a objetos externos el sujeto trataría de compensar la falta de fortaleza yóica.

Entonces, el alcoholismo, ofrece alivio temporario del dolor o ansiedad resultantes, porque ante cualquier conflicto o tensión se produce la fuga a la acción.

Con los siguientes desarrollos, proponemos una lectura del paciente adicto al alcohol, así como también una posible dirección hacia la recuperación.

Parte I.

Narcisismo.

Capítulo 1.

El concepto de narcisismo en Freud.

Para entender el concepto de narcisismo, debemos mencionar en un primer momento aquello a lo que Freud se refiere cuando habla de libido. El concepto de libido aparece en la obra de Freud (en 1905) en sus "Tres Ensayos para una teoría sexual"¹. Es una energía psíquica de raigambre biológica, con dos vertientes: una ontogenética (libido sexual) y otra filogenética (libido de autoconservación).

Desde el objeto de la pulsión sexual postula dos fases: el autoerotismo y el amor objetal. En "Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci"² aparece la noción de narcisismo. La utiliza para explicar la homosexualidad: "en todos los homosexuales se observa una intensa relación infantil erótica con la madre, y el alejamiento del padre. Más tarde el amor a la madre debe sucumbir a la represión y el niño sustituye a la madre por sí mismo, se identifica con ella. Por lo tanto, se toma como un modelo a cuya semejanza escoge sus objetos eróticos. De este modo se transforma en homosexual...el hombre así convertido en homosexual desplazará siempre al hombre semejante a él su amor por la madre, pudiendo de esta manera retenerla y serle fiel así como repetir el vínculo primario."

En el "Caso Scheber"³ Freud postula la existencia de una fase de la evolución sexual que es intermedia entre el autoerotismo y el amor objetal. A partir del caso de los psicóticos, Freud se da cuenta de una realidad psíquica que no se podía explicar desde estos conceptos. En la fase del autoerotismo "...el sujeto comienza tomándose a sí mismo, a su propio cuerpo como objeto de amor". Esto le permite una primera unificación de las pulsiones sexuales.

¹ Freud, S. "Obras Completas". 1910. Tomo XXVI. Editorial Amorrortu.

² Freud, S. "Obras Completas". 1905 Tomo L.

³ Freud, S. "Obras Completas". 1911 Tomo XLII.

En "Introducción al Narcisismo"⁴ introduce el concepto de narcisismo. Se apoyó para postular este concepto en el comportamiento de los esquizofrénicos retraídos de su ambiente y con delirios de grandeza, en los enfermos orgánicos, e hipocondríacos, en los enamorados, en la relación de padres e hijos y en los individuos que duermen. A partir de esto llega a la conclusión de que la libido fue retirada del objeto y vuelta al yo.

El yo es considerado un gran reservorio de libido, desde donde es enviada a los objetos, y siempre puede absorber lo que retorna de los objetos. "Cuanto mayor es la libido del yo tanto más pobre es la libido objetal. En un principio están unidas."⁵

El narcisismo es la fase en la que el yo en su totalidad se toma como objeto de amor, lo que permite una unificación de las pulsiones sexuales.

En sus consideraciones referentes a la génesis del yo, Freud lo relaciona con el predominio del narcisismo infantil. La creación del Ideal del Yo va a depender del sometimiento del niño a sus padres reales o fantaseados y de los esfuerzos del niño para recuperar su narcisismo infantil. El yo busca recobrar la perfección primitiva en la forma de un Ideal del Yo.

"A este yo ideal se consagra el amor de sí mismo de que en la niñez era objeto el yo real. El narcisismo aparece desplazado sobre este nuevo yo ideal, adornado, como el infantil, con todas las perfecciones."⁶

Para estudiar al narcisismo Freud utiliza como vía de acceso, la vida erótica humana. Postula dos tipos de elección de objeto: conforme al tipo de aposición o anaclisis y conforme al tipo narcisista.

"Decimos, por tanto, que el individuo tiene dos objetos sexuales primitivos: él mismo y la mujer nutriz."⁷

⁴ Freud, S. "Obras Completas". 1914 Tomo LXXXVII.

⁵ Op. cit.

⁶ Op. cit.

El amor conforme al tipo de aposición se caracteriza por una hiperestimación sexual del objeto (común en el estado de enamoramiento). Este estado lleva a un empobrecimiento de la libido en el yo a favor del objeto.

El tipo de elección narcisista es más típico de las mujeres, que "...no necesitan amar, se aman a sí mismas y necesitan ser amadas (aceptando al hombre que llene ésta condición)".⁸

Aunque Freud agrega: "estoy dispuesto a reconocer que existen muchas mujeres que aman conforme al tipo masculino y desarrollan también la hiperestimación sexual correspondiente."⁹

A partir de los caminos de la elección sexual se ama:

1. Conforme al tipo narcisista

Ψ a lo que uno es (a sí mismo)

Ψ a lo que uno fue

Ψ lo que uno quisiera ser

Ψ a la persona que es una parte de uno mismo

2. Conforme al tipo de apoyo

Ψ a la mujer nutriz

Ψ al hombre protector

Vemos entonces en Freud como el concepto de narcisismo atraviesa por distintas acepciones:

1. un estadio evolutivo de la libido, intermedio entre autoerotismo y la fase de elección objetal.

⁷ Op. cit.

⁸ Op. cit.

⁹ Op. cit.

2. como un proceso: se habla así de narcisismo primario y narcisismo secundario.

3. como uno de los dos tipos posibles de elección de objeto.

4. el narcisismo como la introyección (por identificación narcisista) del narcisismo primario. Se conforma de esta manera en Ideal del Yo.

A continuación pasaremos a la presentación de otros autores al concepto de narcisismo.

Capítulo 2

Narcisismo. Conceptos de H. Kohut y H. Bleichmar.

Kohut se refiere al concepto de narcisismo de la siguiente manera: "Una de las dificultades que se encuentran al encarar los problemas teóricos del narcisismo, -dificultad que se ha hecho mucho mayor que la que anteriormente presentaba la tan extendida confusión entre catexia del self y catexia de las funciones yoicas- es la frecuente suposición de que la existencia de las relaciones objetales excluye el narcisismo. Por el contrario, algunas de las experiencias narcisistas más intensas se relacionan con objetos; objetos que, o bien están al servicio del self y de la preservación de su investidura instintiva, o bien son vividos como parte del self. A estos últimos nos referimos con la expresión "objetos del self".¹⁰

Bleichmar cita dos concepciones del narcisismo en Freud; en una de ellas el enfoque económico se une a la teoría de la libido: el narcisismo primario es la condición en que toda la libido está en el yo. En la otra concepción se lo entiende como la valoración que el sujeto hace de sí mismo, como la significación que el yo en tanto representación de sí toma para el sujeto, cómo éste se ubica en una escala de valores.

Citando a Bleichmar: "Freud habla del narcisismo infantil destacando la vivencia placentera del niño de sentirse perfecto, excelso, de que todas sus cualidades son hiperestimadas. Por lo tanto, apunta Bleichmar, el amor del narcisismo se caracteriza por la idealización, es decir por el mejoramiento de las cualidades del sujeto. Luego, debe entenderse que el narcisismo, definido como la condición en que el sujeto se toma a sí mismo como objeto de amor, implica hiperestimación."

"Si el concepto de narcisismo está desde su origen en el campo mismo de la significación, de las valoraciones, la cuestión se puede plantear de la siguiente manera:

¹⁰ Kohut, Heinz. "Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad.". Prólogo. pág 14. Amorrortu editores.

¿cómo es que alguien adquiere la valoración de si mismo? ¿cómo se constituye una representación del yo que es digna de amor?"

"Una vez planteadas estas preguntas, resulta inmediatamente evidente que si se habla de valoraciones, éstas implican un orden simbólico que es exterior al individuo, el de la cultura, en la cual aquél se inscribe."

"Pero se trata de algo más que la construcción de categorías cognitivo-afectivas de valoración en las cuales luego el sujeto apresaría su propia representación. Si se tratase de esto, la cultura actuaría simplemente proveyendo al sujeto de las escalas con que ésta se mediría, y la valoración sería una actividad que le competiría a él. Apuntamos, en cambio, a mostrar que la representación valorativa de sí es construida en la intersubjetividad, esencialmente la existente entre el sujeto y los personajes significativos de su infancia."¹¹

Con un enfoque evolutivo, Bleichmar describe el proceso de la constitución del deseo narcisista dentro del campo edípico:

"Desde la perspectiva del bebé se puede construir la siguiente serie:

1. Fase de la necesidad vital y erótica: el otro provee las satisfacciones vitales del bebé (filogenéticamente determinadas) y este termina reconociéndolo como objeto de la necesidad y como objeto erótico (apuntalamiento).
2. Fase del deseo de un deseo: el bebe-sujeto que desea capta que es a su vez deseado (por el placer que siente el otro), y el otro se reconocido como sujeto deseante. Surge el deseo de ser deseado por el otro.
3. Fase del deseo de un deseo incondicional y del temor al rechazo: todavía son sólo dos, pero el otro desea al bebe en la medida en que cumpla determinadas condiciones. El objeto se puede presentar como deseante o rechazante. Ahora que el bebé ya conoce la posibilidad de perder el amor del otro puede reconocer retroactivamente la fase anterior como de amor incondicional; surgiendo el deseo de un reconocimiento con estas características.

¹¹ Bleichmar, Hugo B. "La depresión: un estudio psicoanalítico. Cap. I Pág. 45 y 46.

4. Fase del deseo de una preferencia total y del temor al relegamiento: el tercero que estuvo siempre en el campo, aparece ahora para el bebé. El tercero es el rival y el otro se convierte en objeto que elige. En esta situación triangular la rivalidad con el tercero por la preferencia del otro da lugar al estado de triunfo o de derrota narcisista. Es el campo del tercero excluido, de la necesidad de ser el único, "o yo o el otro".

5. Fase del deseo de una preferencia parcial: se acepta que nadie es el que puede colmar totalmente al otro, que se es deseado aún cuando no se es el único. El pasaje de una lógica de exclusión a una de conjunción tiene que ver con la posibilidad de que disminuya el deseo de exclusividad por la garantía de que el amor del otro significativo hacia el tercero no está en contradicción con el que se tiene hacia el sujeto. El contexto intersubjetivo, los mensajes del otro significativo, las experiencias de relegamiento o preferencia sistemáticos, producen su marca en este sentido."

Ahora bien, cuales son las condiciones estructurales que determinan el grado de tensión o de satisfacción en ese campo narcisista al que alude Bleichmar. "El narcisismo de cada sujeto depende de un cierto tipo de configuración, de un sistema que tiene estabilidad en el tiempo y que se halla constituido por elementos interrelacionados; elementos que constituyen dentro del psiquismo una unidad que funciona y que contribuya al balance narcisista de una persona."¹²

"Este sistema narcisista intrapsíquico que entrará en intercambio con los sistemas narcisistas de los otros sujetos está integrado por:

- Ψ las representaciones narcisistas del yo
- Ψ las representaciones de los objetos de la actividad narcisista
- Ψ las representaciones de las posesiones narcisistas del yo
- Ψ las reglas para construir representaciones

¹² Bleichmar, Hugo. El narcisismo. Estudio sobre la enunciación y la gramática del inconsciente. (Bs. As., Ed. Nueva Visión, 1995) pág. 3

Ψ el sistema de ideales, la instancia crítica y los metaideales.

Ψ Las representaciones narcisistas del yo; es el conjunto de representaciones -enunciados e imágenes- que el sujeto toma como descripciones de su ser desde la perspectiva de la valoración, de los juicios positivos y negativos que se formulan acerca de sí mismo. Existen sujetos en quienes lo dominante está dado por las representaciones valorativas -narcisistas- mientras que en otros la representación de sí es construida desde códigos diferentes. Ambos tipos de representaciones se articulan entre sí.¹³

Pese a que el yo es la representación unificada del sujeto en cuanto totalidad, la unificación ilusoria que constituye el yo como representación del sujeto, no anula la multiplicidad de representaciones parciales, aún cuando cada una de ellas se refieren a algo que el sujeto siente como su unidad.

En la historia particular de cada sujeto las representaciones parciales se sueldan entre sí de manera específica, creándose condiciones propicias para el fenómeno de desplazamiento. Así por ej. una caída de la autoestima hace que el sujeto al verse como incapaz tenga miedo, lo que lo lleva a una parálisis en la acción que a su vez es percibida como testimonio de poca valía, con el incremento de la depresión.

Esta comprensión de la articulación entre las diferentes representaciones del yo a través de su representación unificada, permite comprender por qué en una psicoterapia una modificación parcial tiene el efecto de producir un cambio en otros sectores de la representación del yo.

Todas las representaciones narcisísticas contienen un juicio de valor que el sujeto tiene de sí mismo en término de situación. Cuál el su génesis? El niño se lo ve en sus acciones y atributos en términos de categorías valorativas, "eres malo", "eres hermoso", pero siempre en relación con determinadas situaciones. Por ejemplo: no comer la sopa,

¹³ Bleichmar, Hugo. *Op. cit.*, pág. 3

pegar el hermano, pueden llegar a ser sinónimos de ser "malo". Cuando ulteriormente piense, consciente o inconscientemente, que es malo, se representará tal carácter mediante aquellas acciones, pero fundamentalmente, habrá incorporado un modo de funcionamiento: la transposición categorial, por la cual determinados atributos concretos de un sujeto o sus acciones singulares, son trasladados a categorías generales de aceptación y rechazo operándose un salto lógico entre un juicio atributivo de identidad y una proposición universal. Por ejemplo, "fracasé en los exámenes-soy un fracasado".

Ψ Las representaciones de los objetos de la actividad narcisista: Bleichmar hace un paralelismo entre el objeto de la pulsión y el objeto de la actividad narcisista. Ambos objetos permiten que se alcance un fin, en el caso de la pulsión la satisfacción de la zona erógena, en el caso del narcisismo la satisfacción de la autoestima.

Si el narcisismo es una fuerza constante en el psiquismo, que busca continuamente su satisfacción, el sujeto tenderá incesantemente al encuentro de los que se pueden llamar objetos de la actividad narcisista, es decir, los que permiten que esta se realice. Pensemos al pianista de su piano, al polemista de alguien a quién oponerse, al filántropo de sus necesitados, al profesor de sus alumnos, y quedará un vacío de objeto para realizar la actividad en la que se reconocen como eficientes, ya que el juicio que experimenta el sujeto consigo mismo en el ejercicio de una actividad narcisizada se vierte sobre los objetos que forman parte de la misma.

El objeto de la actividad narcisista será buscado inventado, aún a costa de forzar la realidad, siendo posibles todos los desplazamientos.

Siguiendo a Freud no se puede hablar de narcisismo sin un yo, y sin éste no hay objeto de la actividad narcisista. La zona erógena es desde el comienzo de la vida asiento de placer, pero cuando la mirada del otro cuenta y se produce un placer adicional, el objeto ya no sólo origina placer de órgano, sino que puede otorgar placer narcisista. El objeto de la pulsión tiene así una cualidad muy particular, produce placer de órgano primero y luego

pasa a ser también objeto de la actividad narcisista. Con el narcisismo, a diferencia del placer de órgano que es biológico, todo está en el orden de la significación, y el yo, podrá apoyarse en el cuerpo, pero una vez constituido lo trasciende. El tatuaje duele a la piel, lo erógeno por antonomasia, pero acaricia el narcisismo con lo cual se ve claramente la diferencia entre el placer de órgano y el narcisista.

Ante la ausencia de los objetos de la actividad narcisista se produce un profundo desequilibrio en el sujeto que puede manifestarse como desinterés, fastidio o aburrimiento.

Ψ Las representaciones de las posesiones narcisistas del yo: el otro, hijo, padre, pareja, grupo, partido político, movimiento religioso, etc., se convierte en posesión narcisista del yo cuando contribuye a la propia valoración. Todas estas entidades, personas, instituciones, ideologías, aparecen testimoniando de una manera directa o indirecta sobre los méritos del sujeto.

Las posesiones narcisistas del yo son personas o cosas que el sujeto reconoce como separadas de sí, no hay identificación primaria. (El coleccionista de la estampilla, por ejemplo, no cree que él sea la estampilla), pero por el tipo de relación que establece con ellas pasan a ser sentidas como componentes de su propia valoración y de ahí que los méritos o defectos recaigan sobre el yo.

Un mismo objeto puede revestir múltiples aspectos para el sujeto. Así un mismo objeto puede desempeñar la función de otro significativo y de una posesión narcisista, simultáneamente. Por ej.: la amante para el enamorado.

En otro contexto, en la triangulación edípica, el hijo puede funcionar para el padre como rival narcisista frente a la madre, y al mismo tiempo como una posesión narcisista cuando entra un cuarto que quiere deslumbrar al hijo que tiene.

Ψ Las reglas para construir representaciones: a las personas no sólo se le otorgan juicios sobre quienes son, sino que en esos juicios vienen vehiculizadas reglas para construir representaciones de sí, inclusive las que no fueron pensadas por el otro significativo, son

las reglas de la enunciación identificatoria. Estas reglas son diferentes de los enunciados identificatorios, o sea de las frases pronunciadas (o implícitas) por el otro significativo.

Por ejemplo: en el caso en que los padres insuflan narcisísticamente la representación del yo del hijo, señalándolo como digno de toda admiración, como el preferido, el ídolo absoluto, como que un tercero no vale nada en relación con él que lo es todo (enunciados identificatorios), se podría pensar desde estos enunciados que ese niño recibe la máxima cuota de autoestima, pero qué sucede si en un momento de su vida alguien manifiesta una predilección por otro. toda la representación del yo como alguien valioso podrá tambalear en un colapso narcisista, ya que entrará bajo la regla de funcionamiento de que si no es el elegido, no es nada. (regla de enunciación identificatoria). Bleichmar subraya la importancia de no caer en una simplificación de la teoría de los enunciados identificatorios que llevarán a buscar siempre en la historia del paciente la frase pronunciada que le conformó determinada representación de sí. Se debe tener en cuenta que no sólo se dicen frases, sino que se dan determinadas reglas que después el sujeto utiliza. Así por ej. tomemos el caso en que desde la infancia se equiparó edad avanzada con inutilidad. el sujeto podrá tener una excelente representación de sí hasta llegar a una edad avanzada en que caerá automáticamente bajo el dominio de una creencia que estuvo siempre en su psiquismo, pero que requerirá el cumplimiento de determinada condición para que le cuadrasen.

Los enunciados identificatorios que emite el otro significativo no son sólo sobre el sujeto, sino también sobre un tercero, transmitiendo al que depende de este otro significativo una ubicación de sí con respecto a los demás.

Es lo que pasa en las familias paranoides, en que los ajenos son rotulados como personas que engañan, estafan, agreden, excluyen. Supuestamente no se dice nada sobre los miembros de la familia, pero éstos en realidad quedan ubicados por implicación en la identidad de los que pueden ser engañados, agredidos, etc.

Los enunciados identificatorios por implicación son más importantes que los directos, pues al no hablar del sujeto en sí mismo, a éste se le hace menos evidente que está siendo ubicado. Lo no dicho sobre él o lo dicho sobre un tercero es a veces más importante en la constitución de su identidad.

Ψ El sistema de ideales, la instancia crítica y los metaideales: El metaideal es la actitud que se debe tener ante el ideal, y depende de un juicio comparativo entre cada ideal y los demás. Por ejemplo, siendo la verdad un ideal a ser satisfecho, las reglas de cumplimiento con respecto a ese ideal (metaideales) pueden ser decir la verdad por encima de todo, o admitir la mentira piadosa. En el primer caso el metaideal es defender el ideal pese a todo, en el segundo caso es suspender la vigencia del ideal ante otro ideal, el de la bondad.

El superyó comprende tanto a los ideales como a los metaideales, éstos últimos como reglas de observancia. El narcisismo del sujeto no depende tanto de los ideales, como de los metaideales; alguien podrá tener como ideal la belleza pero no tener el metaideal de que debe encarnarla; en este caso no habrá sufrimiento narcisista.

Existe una situación que resulta apropiada para ver claramente la diferencia entre ideal y metaideal que estamos planteando, con lo cual, dice Bleichmar, tratamos de caracterizar el concepto de instancia crítica en la teoría freudiana: alguien adquiere el ideal de la tolerancia e inmediatamente puede pasar a no ser tolerante con lo intolerantes. Es que el ideal de ser tolerante es encuadrado desde la perspectiva de un metaideal: hay que defenderlo a toda costa.

Otro ejemplo: una vez fijado un ideal determinado, ser generoso con los padres. Qué sucede si no se cumple con él. Puede suceder que esta no generosidad reciba el calificativo de "imperdonable", o, por el contrario, que se la codifique dentro de la concepción "A veces se es generoso y otras no, y esto no es grave". Es decir, el ser generoso es un ideal pero la perentoriedad o no de serlo, el grado de tolerancia, el apartamiento de aquel, depende de los metaideales.

Los ideales, por tanto, están encuadrados bajo enunciados generales que dicen cuándo un sujeto se puede apartar de ellos sin perder el amor del superyó.”

Las transcripciones anteriores hacen referencia al transcurso del narcisismo en condiciones normales. Pero no podemos dejar de lado que como citamos anteriormente la narcisización del sujeto ocurre en la complejidad de las relaciones intersubjetivas, las que pueden desarrollarse siguiendo determinadas vicisitudes.

La narcisización es un encuentro de dos deseos, implica un ida y vuelta, no es unidireccional, aunque existen momentos en los que predomina un sentido.

La compleja dialéctica entre el sujeto y el otro facilita la identificación del niño con la mirada del otro significativo para él. Esto se da particularmente sobre la parte parcial en la cual recae la atención, sumado a las características de ánimo -goce o rabia- con que el otro repara la mirada en él.

“...la narcisización es el proceso intersubjetivo que comprende por parte del otro significativo una valoración positiva del sujeto con la concomitante expresión de placer y por parte del sujeto una identificación con esa valoración y ese placer...”¹⁴

Estas experiencias quedan registradas en el psiquismo del sujeto y cada vez que se active en el psiquismo la representación del sujeto se activarán las huellas de la relación con la mirada de aprobación del otro.

“...la narcisización de un atributo convertirá a éste en algo similar a una zona erógena, buscándose para activar el placer narcisista (...) la narcisización resulta entonces de un encuentro entre una mirada que se brinda y otra que la acepta, pero también ante una que busca la admiración y otra que satisface tal demanda. Es que el movimiento del encuentro puede iniciarse tanto en el otro como en el sujeto, en el padre que selecciona un

¹⁴ Bleichmar, Hugo. Op. Cit., página 3.

rasgo que marca con su adoración o en el hijo que ofrece algo esperando que se convierta en reconocido por su otro significativo..."¹⁵

No siempre la mirada del otro en el proceso de narcisización es valorizada por el otro. Puede suceder la descalificación primaria: cuando el otro devuelve una mirada crítica y de displacer, esto también quedará grabado en el psiquismo y producirá una herida narcisística que estará siempre ahí, tratando de evitar el dolor temido.

También podría suceder la ausencia de catexia narcisista, lo que dejaría un vacío en la representación del sujeto. La posibilidad es la indiferencia en algún aspecto del sujeto el cual no sea entendido o captado por el otro significativo; si es total quedará un agujero, un vacío en la constelación simbólica del sujeto o puede también resultar en una función fallida.

Otra posibilidad es que la narcisización sea en contrapartida a la ausencia: excesiva en tanto y en cuanto el otro en función de sus propios deseos lo ubica al sujeto en este lugar, de estimulación constante y reiterada.

Como podemos ver, en el proceso de narcisización se pueden dar cantidad de matices, dependiendo de las características de los sujetos internivientes (el bebé y sus otros significativos), de cómo los otros significativos del bebé hayan atravesado y configurado su propio narcisismo, así como también de la situación en que estos sujetos se encuentren. Convendría así introducirnos en los llamados Trastornos del Narcisismo.

¹⁵ Op. cit. Pág. 123

PARTE II.

Trastornos del narcisismo.

Capítulo 1.

Trastornos del narcisismo. H. Bleichmar.

Diferentes cuadros clínicos pueden agruparse o resignificarse viéndolos como si fueran trastornos del narcisismo.

Desde el punto de vista de H. Bleichmar, los trastornos del narcisismo pueden ser agrupados en las siguientes categorías: fallas de narcisización, desnarcisización o déficit secundario, defensas ante la ansiedad narcisista.

Fallas de narcisización:

Podemos hablar de narcisización como "el proceso intersubjetivo que comprende por parte del otro significativo una valoración positiva del sujeto, con la concomitante expresión de placer, y por parte del sujeto una identificación con esa valoración y ese placer."

En condiciones normales el niño recibe admiración por parte de sus otros significativos sobre la totalidad de su persona o sobre aspectos parciales de la misma.

"En este interjuego complejo entre el sujeto y el otro una de las posibilidades es que el primero se identifique con la mirada del segundo, quedando el aspecto parcial sobre el que recae la atención cargado con el estado de ánimo que experimenta cuando el otro repara en él: el goce o la rabia despertados impregnan la actividad en cuestión y se convierten en parte de ella." "...al sujeto se le selecciona aquello que de poseerlo o serlo lo convertirá en alguien admirado."

La mirada del otro ubica las acciones y atributos del niño dentro de una escala valorativa, en términos de aceptación, rechazo o preferencia. A partir de ahora, esa acción o atributo ya no va a ser valorada por el sujeto por lo que es en sí misma (objetivamente), sino de acuerdo a la valoración dada por el otro. Este atributo o acción valorados buscarán ser invocados para activar el placer narcisista que permanece asociado a ellos. *"El narcisismo es el alimento de las funciones, ya que provoca el anhelo de repetición, y la subnutrición*

de gratificación narcisista a la que están expuestos algunos sujetos los conduce a una mutilación funcional."

Como resultado del proceso de narcisización siempre quedarán huellas mnémicas derivadas del encuentro con la mirada del otro significativo, ya sea que la connotación de este encuentro sea la valoración, el rechazo o la indiferencia. Estas huellas mnémicas forman parte de la representación de sí mismo del sujeto.

"Ahora bien, en vez de la narcisización puede ocurrir la *descalificación primaria*: mirada crítica y displacer del otro significativo desde el comienzo de la vida del niño, con identificación o no de éste con esa actitud."

También puede ocurrir que un aspecto de la persona o su totalidad no sea reconocido por el otro significativo, no sea captado, no se admire ni se rechace, es decir, sea indiferente. Si la indiferencia es total, quedará como resultado un vacío en el sujeto. "Queremos destacar el hecho de que cualquiera que haya sido la causa por la cual los padres desatienden ese rasgo, si la indiferencia es total quedará un vacío en el sujeto, a menos que el otro significativo venga a desempeñar la función fallida. En los padres la desatención podrá ser defensiva, para evitar sufrimiento, pero en los hijos constituirá un *déficit primario*."

La narcisización puede ser *excesiva (hipernarcisización)* cuando el otro significativo en función de sus propios deseos somete al sujeto a una estimulación reiterada y cargada de placer. Así, lo que hace el niño pasa a ser recibido con la admiración de un partidario fanatizado, pasando a actuar continuamente para provocar esa actitud.

La narcisización es un proceso en el cual sus elementos mantienen una relación dialéctica: hay un encuentro entre una mirada que se brinda y otra que la acepta, una que busca la admiración y otra que acepta la demanda. "El movimiento del encuentro puede iniciarse tanto en el otro como en el sujeto, en el padre que selecciona un rasgo que marca con su adoración o en el hijo que ofrece algo esperando que se convierta en reconocido por su otro significativo."

Desnarcisización o déficit secundario.

Según Bleichmar, una vez que la narcisización de la función tuvo lugar, si por cualquier causa se produce una falla de la misma, surge el sufrimiento narcisista. Hay que distinguir entre un primer momento en el que la falla en una función determinada puede estar dada por fantasías o miedos relacionados con la misma, de un segundo momento en el que la falla estaría dada por la preocupación de un papel deslucido en el desempeño de la función frente a un testigo. En el segundo momento, lo que cobra importancia es la mirada del otro, la valoración que el otro concluya de la actuación, o sea, la *ansiedad narcisista*, pero cabe aclarar que la primera falla, la original, tiene otras motivaciones que son anteriores.

Como una forma de evitar este sufrimiento puede llegar a debilitarse o anularse el desempeño de esta función anteriormente narcisizada.

Algunas de las funciones sobre las cuales puede recaer la desnarcisización son: actividad sexual, estudio, trabajo, deportes, y relaciones sociales.

Defensas ante la ansiedad narcisista

La ansiedad narcisista pone en marcha actividades del psiquismo tendientes a disminuirla. Estas actividades son los mecanismos de defensa (represión, negación, proyección, etc.), que calman la ansiedad narcisista, *pero que no modifican la causa que la determina*. El retorno de lo excluido constituye por esto una amenaza perpetua.

El psiquismo también hace uso de otras operaciones para evitar el displacer, "además de mantener inconscientes las representaciones: evitar el encuentro con la situación temida o modificar las representaciones angustiosas a través de otras representaciones que la contrarresten.

El sujeto para salir de la situación narcisista angustiosa puede apelar a experiencias placenteras que no se relacionan temáticamente con el sufrimiento narcisista.

Una forma de hacer frente a la ansiedad narcisista es la "experiencia de satisfacción sustitutiva": tomemos como ejemplo el caso del alcoholista: ante estados de tristeza, miedo, dolor físico, etc. recurre a la ingesta de alcohol que para él se ha convertido en una experiencia de satisfacción privilegiada, una especie de antídoto polivalente. No importa que angustia esté actuando, pero recurrirá al placer oral para contrarrestarla. La experiencia de satisfacción funciona como una estructura global, es decir, es activada por el displacer y se desarrolla siguiendo una serie de pasos más o menos fijos. No existiría una relación temática entre la experiencia de satisfacción y la que provoca el displacer, sino una relación entre estructuras.

"En esta articulación automatizada entre un tipo particular y prevalente de experiencia de satisfacción y estímulos muy diversos reside el carácter patológico de aquella. Una vez llegado a este estado de articulación se crea un desfasaje de significado entre la experiencia de miedo, tristeza, desvalorización y la de satisfacción que le sigue. Este desfasaje se halla en la base de la repetición de la experiencia de satisfacción - caso de las perversiones, de las adicciones, de la obesidad, etc. - ya que al no ser la experiencia de satisfacción la que contrarresta en el terreno específico la ansiedad que la desencadenó esta persiste como tal y sólo es neutralizada temporalmente."

Capítulo 2.

Adicciones

¿Qué es la adicción?

Según J. Mc Dougall¹⁶, "etimológicamente la palabra adicción se refiere a un estado de esclavitud, pero por supuesto este no es el propósito inicial del adicto. Su objeto de adicción puede ser el tabaco, el alcohol, la comida, los narcóticos -o personas utilizadas como objetos de necesidad narcisísticos o como objetos sexuales. Cualquiera sea el objeto de la adicción este ofrece al adicto la promesa de placer y alivio temporario para su dolor y ansiedad; está al alcance de su mano en cualquier momento, listo para atenuar dolorosos estados emocionales que de otro modo resultarían intolerables. En su carácter de tales, todos los objetos de la adicción, en el momento de ser seleccionados, se presentan al pensamiento como objetos buenos, extremadamente buenos, como aquello que da sentido a la vida."

En este capítulo continuaremos desarrollando lo que ocurre en las fases tempranas del desarrollo en pacientes con trastornos narcisistas, pero esta vez concentrándonos en las adicciones, particularmente en el alcoholismo.

Para ello citaremos en primer lugar un texto de la Lic. Elsa Gervasio, en el que puede observarse el tipo de vínculo existente entre la madre y el hijo que facilitaría el desarrollo de conductas adictivas.

"Posiblemente sea uno el interrogante que impulsa el trabajo de un profesional de la psicología: ***¿En qué se diferencian aquellos que buscan un tratamiento o llevan una vida "libre de drogas?"***

"También podemos preguntarnos: ***¿qué factores intervienen para que una adicción se produzca?"***

¹⁶ Joyce Mc Dougall. "La Sexualidad como adicción". Ficha interna cátedra Psicología Clínica. 23

"Un factor a considerar podría ser la estructura de personalidad de la pareja parental de un paciente (por ejemplo un cuadro narcisista grave, esto es, narcisismo en tanto estructura que subyace a determinados cuadros comportamentales tales como psicosis, perversiones, paranoia e hipocondría). Otros factores que también consideramos podrían ser cuadros de *alcoholismo o drogadicción en los padres*. Suponemos, en consecuencia, que la incidencia de los vínculos tempranos en la personalidad del adicto crónico es un factor primordial a reflexionar."

"Otro factor a tener en cuenta con respecto a las experiencias tempranas en la vida de estos pacientes sería la fijación a un trauma que se produce cuando no hubo suficiente satisfacción en determinada fase (de evolución de la libido) y las pulsiones reprimidas y sus representantes permanecen inmodificadas en el inconsciente reclamando satisfacción. Esta, a su vez, esta sujeta a un modo traumático de descarga constituyendo una compulsión de repetición que se instaura más allá del Principio del Placer. A través de la repetición se *buscará alcanzar en la actualidad aquel placer funcional que no halló satisfacción* en un determinado nivel. Cuando un sujeto ha recibido excesivas frustraciones en determinada fase de su evolución queda establecido un "estado de insatisfacción" cuyo remanente promueve la apertura de una vía promisorio de felicidad que nunca puede alcanzarse."

"Función materna: "Es fundamental la "permanencia" de la madre al cuidado del bebé de manera de asegurarle una cierta "continuidad" que garantizará su desarrollo psíquico y físico. Si se cumple la condición de permanencia de la madre, el niño podrá interiorizarla y posteriormente, tolerar su ausencia (perceptual) dado que se habrá establecido una representación (ligazón) en el inconsciente."

"Por el contrario, en el niño que devendrá adicto pensamos que es muy posible que la madre, a través de sus excesivas frustraciones, impida que se establezca la continuidad necesaria para que se forme la representación interna de sí misma (simbolización)."

“Es una madre inmadura, que lo seduce y manipula. Se trata, generalmente, de una personalidad narcisista con núcleos depresivos. Respecto de ellos, debemos reconocer que no se trata de una depresión claramente observada, sino que tiene que ver con una particular manera de vincularse con el mundo.”

“Estos niños necesitan aferrarse a los *objetos que funcionan como proveedores de suministros*, siendo abandonados y/o reemplazados por otros cuando dejan de cumplir esta finalidad. Al no poder mantener las cualidades del objeto en su interior, el niño, buscará compulsivamente establecer una relación con un objeto que sustituya a la madre en tanto único objeto capaz de satisfacerlo. Aquí podríamos pensar que la repetición ocupa el lugar de la representación.”

“Hemos observado que la madre del adicto es una madre frustradora; es una mujer desorganizada por su propia angustia y depresión. Es posible que pase al acto de una manera que no se puede prever y que transmitirá toda esa angustia a su hijo. Como resultado de esto tenemos que, el niño, verá duplicada toda su tensión disponiendo solamente de su cuerpo para expulsar lo malo. Todo el trabajo intrapsíquico de su madre no se establecerá dado que ésta permanece fijada en su propia conflictiva edípica (con su propio padre) no resuelta.”

“Es frecuente que la relación con el hijo sea excesivamente sexualizada llegando inclusive, en un punto extremo, al incesto. La madre actúa como una fuente de excitación constante impidiendo que los afectos puedan ligarse, con representaciones de imágenes, por su contenido incestuoso.”

“Es una madre que, si bien permanece físicamente presente, esta ausente psíquicamente. Actúa "como sí" estuviera cumpliendo con su rol de madre desde lo formal, pero permanece conectada con su propia conflictiva dejando al niño sólo en su vínculo afectivo.”

"Por otra parte, si bien dijimos que para ser internalizada por el niño debe cumplir con el prerequisite de permanecer en forma constante a fin de que éste pueda establecer las ligaduras entre el objeto (madre) y su representación psíquica en el inconsciente, debemos aclarar que hacíamos referencia no solamente a una presencia física sino a una presencia que asegure una conexión afectiva. Una presencia que garantice una relación empática entre la madre y su hijo."

"Pensamos que en el caso del adicto el trabajo de ligazón con las representaciones esta interferido por la significación incestuosa inconsciente, formándose lo que podríamos llamar "agujeros" o "blancos" en la conformación de su personalidad debido a la precariedad de la conformación de su aparato psíquico, producto de la energía que queda sin ligar. "

"Entonces, y a manera de síntesis diremos que estamos ante un trauma específico, característico de las adicciones un: **trauma de tipo narcisista**. Este trauma se produce a partir de un vínculo con una madre que desarrolla sus funciones "como sí", desde un plano puramente formal, psíquicamente ausente en la relación bipersonal, que lo frustra y erotiza sistemáticamente."

"Si consideramos que, del contacto con la madre dependerá la posibilidad de acceder a un sentimiento de sí mismo (autoestima), nos encontramos con un sujeto profundamente empobrecido. Esta falta de fortaleza interna tratará de ser compensada a través de un aferrarse a los objetos externos que servirán de "ayudantes" a un Yo carente. "

"El vínculo con el otro estará signado por la presencia física del objeto y, las cualidades del mismo se perderán ante el alejamiento. Esto se produce debido a la carencia elaborativa. Esta carencia es la que explica que ante cualquier conflicto o tensión se produzca una fuga a la acción. El adicto hará todo lo que pase por su cabeza en rechazo a toda irritación." Con respecto a este tema, también D. Maldavsky¹⁷ dice: "Respecto de las patologías adictivas hallamos un común denominador: un procesamiento anímico es relevado

¹⁷ Maldavsky D. "Clínica de las Adicciones". Revista Zona Erógena.

por una alteración orgánica autoerótica. Este sepultamiento de lo anímico en el organismo suele consistir en una cancelación del conflicto mediante una modificación en la fuente pulsional que de ordinario dota de vitalidad a la pugna en el plano anímico. La solución consiste pues en la eliminación del conflicto por la supresión de la fuente en que éste se alimenta, es decir, la vida pulsional. Ello conduce a redefinir el conflicto y ubicarlo entre dos orientaciones contrapuestas: la conservación o la eliminación del terreno simbólico."

Continúa diciendo Elsa Gervasio: "Los afectos serán reemplazados por "pseudoaffectos" o "afectos como sí", estableciendo relaciones intermitentes con los otros en función de la satisfacción de sus necesidades. Se apoderará de los atributos de los objetos a partir de una regresión a la omnipotencia primaria."

"A través del objeto droga el adicto intentará dar sentido a su existencia, encubriendo, a través de los "como sí" de sus sentimientos, actitudes y vínculos, una soledad, pobreza interior y miedo a realidad que le resultan sumamente amenazantes."

"Resumiendo: Por el contrario, cuando la madre (padres), por su propia conflictiva, no puede responder empáticamente a los deseos y tensiones de su bebé, en lugar de un sentimiento de autoestima generará un sentimiento de vacío, desamparo y desintegración. Este reemplazará los afectos por pseudo-afectos y se encaminará a un "como sí" de su existencia."

"Todas estas experiencias de frustración hacen que en el niño se conforme un trauma de tipo narcisista que encierra una perturbación en la capacidad de percibirse a sí mismo y a los demás."

"El mundo que lo rodea es un mundo carente de vínculos significativos, sin afectos verdaderos y, en el que los otros se transforman en proveedores de suministros intercambiables y "descartables" cuando cesan su función. Así los amigos de "la banda" (grupo de pares) o el partenaire de turno son fácilmente reemplazables según sea la circunstancia."

“A partir del trauma narcisista el sujeto busca en la autoestimulación las emociones que le permitan experimentar que "está vivo". La droga lo provee del objeto que falta en su interior y la compulsión de drogarse no hace más que re-confirmar el vínculo y permitirle la negación de la falta de objeto.”

“El drogadependiente no puede verbalizar los conflictos sino a través de expresiones que no alcanzan a adquirir connotación de comunicación. Utiliza frases insustanciales, generalmente pueriles o bien, se expresa a través de actos que lo exponen a la mirada de los otros (padres, terapeutas, etc.), que son los que "imprimen" en su vida un "sentido" que él no puede darle.” Es característico de estas patologías según Maldivsky un tipo de discurso llamado inconsistente, que expresa la disposición a la autosupresión de la subjetividad. “En cuanto al discurso inconsistente, llega a ser una trampa para el terapeuta, quien puede creerlo genuino. Se caracteriza por el plagio, por repetir frases ajenas, sin que esté en juego una apropiación identificatoria. A veces este discurso se presenta como sobreadaptación, en que el paciente expresa lo que supone que el interlocutor espera oír.”

Termina diciendo Gervasio: “Esta escasa capacidad de elaboración lo condena a vivir en un presente continuo y le impide proyectarse en un futuro o beneficiarse con la experiencia pasada. *Su capacidad asociativa es limitada* y su lenguaje es de "acción".”

Un punto de vista con respecto al alcoholismo, es el que nos presenta Serge Lesourd en “El alcoholismo de embriaguez juvenil: una pregunta a la falta de significante”¹⁸. En este artículo el autor desarrolla la utilización moderna del alcohol. Esta utilización moderna se diferenciaría de la de los años '70 en la que prevalecía la búsqueda de placer y transgresión a través de los tóxicos. “Que el producto fuese utilizado como fuente suplementaria de sensaciones (LSD por ejemplo), como medio de comunicación (marihuana) o como el alivio del sufrimiento (heroína), el objetivo central de todos estos usos era procurar placer al

¹⁸ Lesourd, Serge. El alcoholismo de embriaguez juvenil: una pregunta a la falta de significante. Revista Actualidad Psicológica. Año XXIV, número 266. Julio 1999

sujeto, ya fuese de manera solitaria, en el olvido del mundo exterior, o de manera gregaria en la participación, incluida la sexual.”

Hoy día, podría pensarse que lo que ha variado es el efecto buscado como resultado de la conducta adictiva. Los jóvenes “...no buscan en absoluto el efecto de aumentar el placer, procurado por los psicotrópicos. Los comportamientos toxicomaniacos deben ser comprendidos actualmente como una búsqueda de embriaguez, como una manera de retirarse del mundo...”. “Ya no se trata de encontrar o buscar un objeto de placer, un falo, que vendría a colmar la falta en ser del sujeto, sino atacar al sujeto mismo, hacerlo desaparecer en una embriaguez de inexistencia.”

La ilusión

Completando esta idea de Lesourd referente al papel de la embriaguez como forma del sujeto de retirarse del mundo, sería bueno resaltar la función de *la ilusión* en la conducta abusiva.

Para esto encontramos que según Sauri¹⁹ la ilusión desaparece cuando se la quiere remitir a una Alteridad concreta ya que su reino, el de la intermediación, carece de existencia propia. Toda ilusión supone previamente a su aparición, la existencia de un “horizonte de posibilidades” inaugurado por el surgimiento de las “cosas” donde ella es un designio en espera de su cumplimiento. Ello caracteriza la ilusión como *un ordenamiento según el cual el Sujeto se estructura en la espera del cumplimiento de algo deseado*. La espera queda entonces encauzada y tanto el futuro como el deseo, aparecen entramados en su textura. En efecto, la práctica imaginaria se ordena y empieza a tener existencia cuando, al emerger el cuerpo a causa del despegue de la atadura a lo inmediato, la diferenciación posibilita el surgimiento de la ilusión. Y esto sucede así porque ella, más que aparición de imágenes, es

¹⁹ Sauri, Jorge. La Ilusión: fundamento de la conducta abusiva. Las Toxicomanías. Publicación de la Sociedad Argentina para el estudio de las toxicomanías. Año 2, n° 4.

articulación sintagmática y coherente de un cierto número de representaciones en una suerte de montaje escénico.

“El discurso apunta a la Verdad y de él podemos decir que es cierto o erróneo; no así la ilusión cuya finalidad es la verosimilitud. En ella interesa la analogía entre sus términos, no la correspondencia término a término. Lo ilusorio es pues apariencia de aquello que figura pero que concretamente no lo es.”

“Pero, además a causa de su carácter imaginario, la ilusión supone una deformación y , por lo tanto, una mayor distancia de la realidad concreta pues se respalda en el margen de maniobrabilidad que le otorga su relación a la verosimilitud.”

“La verosimilitud, ni verdadera ni creíble en sí, es, en primer término, una apariencia cuyo estatuto gnoseológico, el del “parecido”, si bien se acerca a lo verdadero no tiene la pretensión de serlo por cuanto las normas que en ella rigen son las atinentes a la posibilidad. Este carácter diferencia ilusión de fantasía donde no caben posibilidades de la existencia actual de lo aseverado.”

“Los puntos de contacto existentes entre lo representado y la realidad lo hacen verosímil; y al acontecer así, el cuadro, situado más allá de la Verdad, ni se ocupa de lo verdadero ni de lo falso.”

“El nacimiento de la ilusión radica, pues, en el efecto de semejanza donde lo vivido imaginariamente puede proyectarse en un cuasi-objeto -recordemos lo ya dicho acerca de la vigencia de cosa y objeto- e identificarse parcialmente con él. Aquí es decisivo el papel de las urdimbres creenciales, las pautas culturales y las ideológicas en tanto proporcionan las convenciones de referencia para su estructuración pues la semejanza de la cual emerge para crearse, depende de la información procedente de la situación. Pero la ilusión tiene una función sintáctica y ordena la relación de lo imaginario con lo simbólico poniendo en marcha una retórica mediante la cual los diversos elementos que la componen derivan unos de otros.”

“La ilusión explicitando un espectáculo que apunta a lo verosímil, pone en juego la cultura y la urdimbre creencial, contexto en el cual se la “lee” en función de las “opiniones” que se configuran y definen respecto a ella.”

“Todos los cuasi objetos integrantes de la ilusión cumplen una función de señuelo, haciendo caer al sujeto en el lazo que le tienden, consistente en tomar por verdadero lo verosímil. Estamos aquí en un punto crucial *donde la ilusión puede hacerse prisión del Sujeto*, como sucede en las conductas abusivas, entre ellas la actuación drogadictiva. Ello supone por consiguiente, que si bien la ilusión se cierra sobre sí misma, se edifica con datos concretos cuyo operar metonímico induce su aparición.”

Llegamos así al punto central por el cual hemos citado el tema de la ilusión en relación a las conductas adictivas: “Se articula aquí la intervención del deseo, satisfecho de modo subsidiario pues, la ilusión, al edificarse sobre la parcialidad propia del señuelo, opera al modo del como si induciendo mediante un dato real (concreto o abstracto) un desarrollo imaginario.”

“En las conductas adictivas, la ilusión se nos apareció constituyendo su núcleo. Pero tal núcleo no es homogéneo y en su estructuración intervienen datos psicológicos e ideológicos, individuales y sociales. Ello le otorga a la ilusión una *importancia radial pues articula desórdenes de la vida humana a los cuales conjuga en unidad.*”

La economía psíquica de la adicción

Retomando a Mc Dougall, la economía psíquica subyacente a la conducta adictiva tiene como principal propósito la rápida dispersión de cualquier hecho, pensamiento o experiencia acompañado de afectos intensos - no solamente emociones dolorosas sino simplemente aquellos afectos que con frecuencia resultan intensamente conmovedores, pueden inmediatamente conducir a la adicción.

“Quizás se debería enfatizar, de paso, que todos nosotros recurrimos a comportamientos de tipo adictivo cuando ciertos eventos en nuestro mundo interno o en

el medio, crean una situación de stress inusual que sobrepasa nuestro modo habitual de enfrentar el dolor mental; en tales circunstancias es factible que cualquiera de nosotros tendamos a comer o beber más de lo habitual, tomar medicamentos o ingerir opiáceos buscando un olvido pasajero, o bien tendemos a comprometernos con relaciones transitorias, sexuales o de cualquier otra índole, con la misma intención. Podríamos decir entonces que esta forma particular de solucionar un conflicto o un dolor psíquico, sólo se torna un síntoma cuando aparece como la sola y única manera de enfrentar dolor mental o sobreexcitación.”

“Cualquier conducta por la cual alguna forma de acción reemplaza la capacidad de contener y pensar acerca de una experiencia altamente cargada de emoción, representa una regresión al tipo de economía psíquica del bebé. Un infante, por definición (infans= sin palabras) no tiene acceso al uso del pensamiento verbal, y por lo tanto sólo puede responder con algún tipo de acción, dirigida en primer lugar a descargar la experiencia emocional dolorosa y en segundo término a comunicar al medio su estado de necesidad.”

Hemos intentado hasta aquí mediante estos desarrollos teóricos reunir algunos de los factores que intervendrían en el devenir de un trastorno narcisista, específicamente de una adicción, y nos introduciremos en el próximo apartado en la problemática del alcoholismo.

Parte III.

Alcoholismo.

Capítulo 1.

Alcoholismo. Algunos datos.

Considero imprescindible para el abordaje de un paciente con esta problemática, el conocimiento detallado de la enfermedad, que afecta -según cifras oficiales- a más de 2.000.000 de personas en nuestro país, lo que la convierte en una pandemia.

Para dar con una definición de Alcoholismo, son de utilidad, entre otros, los distintos Manuales de Psiquiatría. El DSM IV, en su capítulo referente a "Desórdenes Relacionados con el Uso de Sustancias" define:

Abuso de alcohol

Una forma de consumo de alcohol anómala, que lleva a una significativa clínica, que se pone de manifiesto por uno o más de los siguientes ítems que tienen lugar en un período de 12 meses.

1. Uso reiterado de la sustancia, dando como resultado una deficiencia en el cumplimiento de sus roles y obligaciones, en la escuela, hogar, trabajo (por ejemplo reiteradas faltas o llegadas tarde al trabajo).

2. Uso reiterado de las sustancias en situaciones en que dicha ingesta hace peligrar su salud o indemnidad.

3. Problemas legales reiterados relacionados con la bebida.

4. Uso reiterado de la sustancia, a pesar de que ese hábito le crea o exacerba continuamente problemas interpersonales con su esposa o con otras personas.

Dependencia de una sustancia

Un patrón de uso inadecuado de la misma, que lleva a alteraciones definidas y

que se ha manifestado por tres de las siguientes condiciones en el curso de los doce últimos meses.

Tolerancia, definida por:

- a. Necesidad de un marcado incremento de la sustancia para el logro de la intoxicación o del efecto deseado.
- b. Marcada disminución del efecto con la ingesta de la misma cantidad.

Síndrome de abstinencia manifestado por algunos de los siguientes:

- a. Síndrome de abstinencia característico.
 - b. Ingesta de alcohol para aliviar la sintomatología.
- ✓ La sustancia es ingerida por más cantidad y por más tiempo del que quería el bebedor.
 - ✓ Hay un deseo y un esfuerzo permanente e infructuoso de controlar o dejar de beber.
 - ✓ Gran cantidad de tiempo útil es utilizado en conseguir la bebida, en ingerirla y en recuperarse de los efectos.
 - ✓ Se dejan de lado actividades sociales, deportes o actividades recreativas a causa del hábito de bebida.²⁰

También podemos encontrar en el Tratado de Psiquiatría, de Ey, Bernard y Brisset, la afirmación acerca de que "...la alcoholización del individuo, denominador común de todas las formas psiquiátricas de alcoholismo, debe ser considerada ante todo como *una conducta*. De forma que el problema psiquiátrico del alcoholismo no se reduce a los múltiples efectos del alcohol sobre el cerebro, o las otras víceras, sino que exige primero que sean examinadas:

²⁰ DSM IV.

Ψ la *motivación patológica* que empuja a determinados individuos a beber en exceso (la apetencia de los tóxicos),

Ψ la variabilidad de la *tolerancia individual: la adquisición de una dependencia* del alcohólico con respecto a los tóxicos, etc."

"...La diversidad de las posiciones y de las concepciones respecto del problema del alcoholismo o de la alcoholomanía es tal que no permite aún dar una definición que pueda satisfacer todos los puntos de vista. También, según se tienda a examinar más particularmente: a) *la conducta patológica* o b) *el efecto del alcohol* sobre el organismo, se considerará en primer caso *la toxicomanía* y la organización neurótica que la sustenta y en el segundo el síndrome tóxico (la intoxicación alcohólica) o *psicosis alcohólicas*."

Consideramos de gran importancia éste último párrafo ya que delimita de alguna manera no sólo dos puntos de vista desde los que puede ser abordado el alcoholismo, sino también el enfoque desde distintas profesiones sobre un mismo problema.

Prosiguen los autores: "En los dos casos existen trastornos ligados a la absorción del alcohol, pero sería muy arbitrario separar completamente los dos síndromes porque existe a la vez paso del uno al otro y **superposición de los dos grupos nosográficos**." ²¹

La definición de la Organización Mundial de la Salud es la siguiente:

"1. El alcoholismo es considerado en la actualidad un problema relacionado con la SALUD, puesto que puede afectar a una persona sana, hasta que en un momento determinado, el alcohol puede provocar en ella síntomas anormales, una incapacidad

²¹ Tratado de Psiquiatría. H. Ey, P. Bernard, Ch. Brisset. Sec.II, Cap. Primero, Pto. IV, La Alcoholomanía.

para el beber normal que lo lleva paulatinamente a lo que se considera el beber patológico.

2. Es un trastorno crónico de la conducta caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas: la incapacidad de detener la ingesta del alcohol una vez iniciada y la incapacidad de abstenerse del alcohol.

3. Es una enfermedad psico-biológica progresiva con repercusiones en el aspecto físico, mental, social, económico, y espiritual del individuo, que se caracteriza por la imposibilidad de abstenerse del alcohol y detenerse una vez iniciada su ingesta.”

Por otra parte, el Consultorio de Hígado y Alcoholismo del HIGA ha acuñado conceptos con respecto al alcoholismo, que sirven de base para el posterior tratamiento del paciente:

“Insistiremos en el concepto **Alcoholismo=Enfermedad** de gran utilidad:

1- Para el **enfermo**, que al no sentirse “un vicioso”, tiene menos reparos en pedir ayuda especializada.

2- Para el profesional, que comienza a considerar el problema como de su incumbencia, aprende a hacer un diagnóstico correcto, diagnósticos diferenciales, a enfocar la problemática en su totalidad y a tratarla en forma correcta.

3- Para la sociedad, que tiene la obligación de promover salud, prevenir la problemática y tratar, recuperar y rehabilitar a estos pacientes.

La mayoría de los expertos, están de acuerdo en señalar que el alcohol es el agente etiológico de una enfermedad que es:

- Crónica y progresiva
- Sin restitución “ad integrum”
- Con sintomatología y signología en su comienzo y por muchos años, de

índole conductual, con complicaciones médicas secundarias a esta alteración de la conducta.

➤ La enfermedad está marcada en toda la evolución por dependencia psíquica y física.

➤ A pesar de períodos prolongados de abstinencia, deben esperarse frecuentes recaídas, volviendo el paciente en esta situación, a presentar cuadros de igual o mayor gravedad a los primeros.”

“El término alcoholismo es amplio, representativo en forma global de un vasto rango de problemas vinculados con el consumo de alcohol, que definiremos para entendernos.”

“1- BEBEDOR NORMAL, aquella persona que bebe en forma tal, que es imposible detectar que su forma de beber lo altere en lo social, laboral, familiar o personal.

La cantidad considerada como inocua para hombres adultos es de dos vasos de 150 cm³ de vino, dos latas de cerveza de 370 cm³ o dos medidas de bebidas destiladas (la medida tiene 46 cm³) por día, para la mujer y para los hombres de más de 65 años, la dosis corresponde a una unidad por día de las antes mencionadas.

2- INCIDENTE ALCOHÓLICO define un “accidente” que tiene una persona que ha bebido, siendo el estado de ebriedad el causal o el factor principal contribuyente. No asegura que la persona sea alcohólica, pero debe registrarse a fin de que de reiterarse “los incidentes”, pueda encuadrarse al paciente como bebedor problema.

3- BEBEDOR PROBLEMA, abusador o dependiente ...”²²

²² “Diagnóstico de Alcoholismo.” Sugerencias para la organización del tratamiento. Dr. Mario Daniel Arzeno.

Como puede observarse, todos los autores en mayor o menor medida, coinciden en que el Alcoholismo es una problemática que afecta todos los planos de la vida de un sujeto, esto es, el personal (psíquico, conductual y físico), el familiar, el laboral, el social, el legal, separando al paciente de sus grupos de pares, de las actividades que comunmente desarrollaba (deportivas, de estudio, hobbies, laborales, etc.), deteriorándolo progresivamente.

Alcoholismo en la mujer

“En el sexo femenino hay una tasa de alcoholismo menor que en el masculino, la mujer comienza a tomar a una edad promedio mayor al hombre. Lo hace en soledad, salteando comidas, en el ámbito hogareño. La bebida predilecta puede ser el alcohol fino o el vino blanco, que pueden enmascararse mezclándose con té, gaseosas o jugo de naranja sin producir halitosis. Es llamativa una apariencia mayor que la edad biológica.”

“La acción deletérea del alcohol sobre el organismo femenino, es mucho más rápida que sobre el del hombre; estaría ligada a una velocidad mayor de absorción por diferencias enzimáticas a nivel de la mucosa gástrica, sumado al menor volumen corporal, lo que llevaría a que la mujer se lesione con la ingesta de una cantidad mucho menor a la del hombre y en forma precoz.”

“La madre es especialmente vulnerable a iniciar una carrera alcohólica en el período llamado “de nido vacío”. Con frecuencia el marido lo sabe pero lo niega, o lo oculta.”²³

²³ “Diagnóstico de Alcoholismo” Sugerencias para la organización de un tratamiento. Dr. Mario Daniel Arzeno.

Según Enrique Madrigal²⁴, "el consumo indebido de drogas y alcohol en la mujer generalmente se ha considerado un fenómeno menos prevalente que en el hombre."

"...debe tenerse en cuenta que los registros actuales no son un fiel reflejo de la transformación de los estilos de vida de la mujer en un mundo cambiante en el que ella está adquiriendo nuevos papeles, mayor grado de autonomía, oportunidades crecientes de interacción social, acceso a nuevas fuentes de trabajo y, en general, una mayor participación en actividades fuera del hogar, cambios todos que conllevan un estrés adicional.

Los siguientes conceptos son desarrollados por Lia Ricón²⁵

- Ψ Proporción de afectados: 5 hombres; 1 mujer.
- Ψ En las mujeres la enfermedad se presenta en forma más aguda que en los hombres.
- Ψ Aceptación social: incentivación desde tempranas edades por grupo de pares.
- Ψ Presión grupal.
- Ψ Bebedor social: el hecho de beber tiene un significado. Permite no sentirse diferente. Algunas personas comienzan a beber para "dar el gusto" a sus pares.
- Ψ Intolerancia a la angustia: Puede existir un período de tiempo en el que beber se convierte en la manera de disminuir cualquier tensión, de evitar toda angustia. Posible complemento para una personalidad con características de inseguridad.
- Ψ Por lo general asociado a otras adicciones (tabaquismo, tranquilizantes, etc.).
- Ψ Intolerancia a la frustración: frente a escollos, obstáculos u otras tensiones normales se elige no seguir adelante.
- Ψ Áreas de la personalidad exitosas (por ejemplo trabajo, hobbies, etc.)

²⁴ "Patrones de Consumo y Dependencia del Alcohol y de Sustancias Psicoactivas en la Mujer." Enrique Madrigal.

²⁵ "Problemas del campo de la Salud Mental". Lía Ricón.

- Ψ Dependencia: incapacidad para independizarse llegado el momento de establecer un plan de vida autónomo de la familia primaria.
- Ψ Figuras paternas posibles: Padre exigente y ausente, madre débil, adicta a los medicamentos.
- Ψ Parejas en las que se reinstala de dependencia.
- Ψ Impulsividad.
- Ψ Intolerancia a la soledad.
- Ψ Dependencia trasladada a las instituciones (se aferran a un trabajo o tarea dentro de una institución que las contiene.)
- Ψ Vacío interno: el alcohol como compañía "no abandonante".

Fases de Jellink:

- Ψ α o prealcohólica: Bebedor social, ocasional, de fin de semana. Termina por ser su forma de disminuir tensiones. (Dura de meses a 2 o 3 años.)
- Ψ β o prodrómica: Palimpsesto (baches de memoria). Cambios de conducta que se centra en el alcohol. Se busca mayor graduación. Esconde y almacena bebidas.
α y β son reversibles.
- Ψ γ o básica: Pierde capacidad de detener la ingesta. No para hasta la borrachera. Abstinencia imposible.
- Ψ δ o crónica: Ebriedad las 24 horas. Ingesta matutina para neutralizar el síndrome de abstinencia. Complicaciones clínicas: gastritis, cirrosis, polineuritis. (estas fases deben considerarse esquemáticas, pudiendo faltar algunas o alterarse el orden.)
- Ψ Embriaguez simple: Euforia, locuacidad, excitación psicomotriz, irritabilidad, pérdida de inhibiciones, disminución del autodominio, alteración de reflejos, dificultad en el habla, discurso incoherente, ausencia de autocrítica, alteraciones motoras, hipoestesia. Finaliza

con sueño de tipo comatoso y recuperación espontánea.

- Ψ Efecto anestésico del alcohol.
- Ψ Puede aparecer convulsiones por hipoglucemia, aspiración de vómitos, infección pulmonar y/o genitourinaria.
- Ψ La ingesta crónica disminuye el efecto de la fenotiacina y tricíclicos. La ingesta aguda potencia los depresores del SNC.
- Ψ La prevención del alcoholismo crónico es posible hasta la fase □.
- Ψ Deterioro laboral y social.
- Ψ Incapacidad y negación familiar. Promoción de la enfermedad por patología o temor al rechazo social.
- Ψ *Síndrome de abstinencia:*
 1. Signos inespecíficos: angustia, anorexia, insomnio, convulsiones.
 2. Delírium tremens: Estado confuso onírico, deliro profesional, delirio terrorífico, alucinaciones auditivas, táctiles, temblor, incoordinación, movimientos de succión, fiebre alta, alteración hidroelectrolítica, taquicardia, deshidratación.
 3. Microzoopsias.
 4. Riesgo de suicidio.

ALCOHOLISMO CRÓNICO

1. Demencia alcohólica (enfermedad de Marchiafava Bignani), cuadro demencial, disartria, temblor, ataxia y evolución a la muerte.
2. A) Delirio celotípico. Unido a temas hipocondríacos y homosexuales, agresividad y violencia.
2. B) Psicosis alucinatorias. Alucinaciones auditivas o visuales relacionadas con celos, evolucionan al deterioro.
3. Encefalitis alcohólica.

- A) Korsakoff: trastornos de memoria, confusión, fabulación de relleno y falsos reconocimientos más polineuritis.
- B) Wernicke: irritación, insomnio, vértigo, agitación, delirio, alucinaciones, alteración de movimientos oculares.
- C) Portcava: sumada a cirrosis. Apatía, irritabilidad, temblor de dedos.

Capítulo 2.

Espacio transicional y alcoholización

Las siguientes conceptualizaciones corresponden al Dr. Jorge Pellegrini²⁶, y proveen una interesante perspectiva desde los conceptos introducidos por Winnicott acerca del perfil psicológico del paciente alcohólico.

"Dice Winnicott: "Resulta interesante estudiar la forma en que el niño utiliza el primer objeto adoptado, quizás un trozo de frazada, una servilleta o un pañuelo de seda. Este objeto puede asumir una importancia vital y ser valioso como objeto intermedio entre el self y el mundo externo." A estos objetos que "representan objetos parciales, en particular el pecho y sólo gradualmente llegan a simbolizar a los bebés, a la madre o al padre" Winnicott les dio el nombre "objetos transicionales". Este patrón de conducta "que se manifiesta en el momento de ir a dormir o en momentos de soledad, tristeza o ansiedad puede perdurar hasta fines de la niñez e incluso en la vida adulta." "...simbolizan (estos objetos) simultáneamente una parte del self y una parte del medio"."

"Volviendo a este tema el autor también dirá sobre el objeto transicional: "Es a un mismo tiempo subjetivo y objetivo. Está en el límite de lo externo y lo interno. Es sueño y realidad"."

"Este espacio transicional habilitado por la experiencia de construir un objeto cargado de significaciones parentales, es un espacio vincular -hay un sujeto que se relaciona con objetos- y es un espacio progresivamente poblado por construcciones culturales. Y así como el objeto vincular remite a las figuras parentales, ese espacio transicional va dando cuenta de personajes, historias, lenguajes, códigos, escenarios, que son propios del ámbito cultural. Esas historietas de las que habla Winnicott, la vida cultural, moldean y resignifican los objetos transicionales. Estos se van incluyendo en un escenario cada vez más poblado de

²⁶ Pellegrini Jorge. "Alcoholismo, identidad y grupo". Ediciones Cinco. 1992.

actores, con una trama de pasado y presente, memorias y recuerdos, en una historia sin desenlace final pero con actos sucesivos y crisis que van dando sustrato al proceso de separación-individuación del que habla Margaret Mahler (El nacimiento psicológico del infante humano.)”

“Es en ese espacio que se van desplegando las convicciones, creencias, concepciones del mundo propias de cada clase social, de cada etnia, de cada regionalidad cultural. Comprendido como escenario de creciente complejidad, objetos transicionales que hablan de figuras parentales y estructuras familiares, se invisten de contenidos propios de la visión del mundo que esos sujetos tienen en tanto productos y productores de una historia que les atañe como partes de una familia, una clase social, una nación, un mundo y una época.”

Nos sigue diciendo el autor: “Creo que el alcohol o sus formas representacionales (botella, porrón, copa, damajuana) se integran muy tempranamente a ese espacio transicional, en función del papel cultural y social destacado que el beber tiene, y de su identificación con figuras parentales o familiares, con actos y situaciones jerarquizadas de los grupos humanos (fiestas, celebraciones, cumpleaños, velorios, despedidas, nacimientos, etc.); del papel convocante que la bebida tiene cuando reúne familias en torno de una mesa (aquí se liga con una forma representacional de la alimentación); del momento culminante de significaciones profundas vida-muerte que tiene cada brindis. Cada cumpleaños, cada año de existencia del niño en crecimiento une las figuras afectivamente más importantes con la torta (el apoyo alimenticio), la mesa, los regalos (también llamados “presentes”) y el brindis (allí se desea a todos “salud”). El brindis es un acto de *brindar*. ¿Qué se brinda? En general objetos asociados con la vida.”

“En la vida cotidiana el alcohol aparece tempranamente ligado a ese acto fundante de lo cultural: el comer. La mesa en torno a la cual se re-une la familia todos los días para compartir el pan, los silencios, las palabras, o los programas de televisión.”

“El beber, el beber alcohol, sus figuras representacionales, el proceso de alcoholización, se van desplegando en el espacio transicional, e invisten a los apoyos del *psiquismo*, se apoyan en ellos, los reemplazan y desplazan favorecidos por procesos culturales y sociales que inducen a tomar. Sin duda que las campañas publicitarias han captado y multiplicado esta operación en el *psiquismo*. Aparecen hoy sensaciones de placer y tranquilidad ligadas a imágenes de padres en hogares seguros y segurizantes, niños alegres, confiados; madres jóvenes, en edad de procrear o aún mujeres embarazadas asociando la contención del vientre materno con el beber alcohol.” “En las formulaciones de Winnicott, el objeto transicional es un apoyo frente a situaciones de ansiedad, tristeza o soledad, sentimientos que siempre están ligados al alcoholizarse.”

Luego de haber analizado los distintos factores predisponentes a la adquisición de una conducta adictiva, tales como los expuestos anteriormente por Gervasio o por Lesourd, nos detenemos aquí en uno de los posibles factores predisponentes para la adquisición de una adicción en particular: la adicción al alcohol. Es así como Pellegrini nos propone pensar en el alcohol como una sustancia teñida de significaciones sociales y culturales, que habita en el seno de una familia desde los comienzos de la vida misma, como una sustancia cuyo uso trasciende la satisfacción de necesidades nutricionales y alimenticias, para pasar a tener un significado asociado a festejos, buenos momentos, placer, incluso relax. Así, desde la perspectiva de este autor, esas significaciones (las asociadas a la sustancia alcohol), estarían presentes en el seno familiar y formarían parte de el cúmulo de representaciones inconcientes familiares, sociales y culturales, que se adquieren desde muy temprana edad en el marco del universo transicional del infante.

Pensamos de cualquier manera, que la adquisición de conductas adictivas y específicamente de la problemática del alcoholismo, es pluricausal. Todas las conceptualizaciones hasta aquí expuestas se comportan como posibles factores predisponentes, nunca como causa única.

El alcoholismo de embriaguez juvenil.

Retomando en este punto las conceptualizaciones de Lesourd²⁷ con respecto al alcoholismo y teniendo en cuenta lo citado en el apartado anterior con respecto a la ilusión, el alcoholismo se puede entender entonces como "...el signo de una angustia del sujeto, de su inexistencia. Es frente a esta angustia que se ponen en acto los actuantes, como una tentativa de recrear un espacio subjetivo en el cual el sujeto podría existir por fuera del otro de la relación. En el alcoholismo de embriaguez, es el sujeto mismo el que es atacado y destruído por esta imposibilidad de realizar plenamente su derecho al goce. El sujeto, atrapado en la impotencia, y no en el límite de la castración, lleva la falta y su carga."

"...Estar atrapado en la dinámica de lo posible y de lo imposible, y ya no en la de lo prohibido, sitúa al sujeto en una dinámica de impotencia, de depresión, que afecta directamente el sujeto mismo, y no su culpabilidad en su relación con la Ley (...) Lo que predomina no son más los señuelos de la rivalidad fálica y edípica con el padre, sino la cuestión arcaica de la existencia del yo como yo diferenciado del otro; y por lo tanto del anhelo concomitante del estadio del espejo. Si los actos reales han cambiado poco, la toma de alcohol sigue siendo la misma, *el sentido profundo de esos actos se ha desplazado del espacio edípico y fálico para venir a inscribirse en el campo del narcisismo primario de la construcción del yo y de la separación de lo infantil más arcaico*²⁸. Lo que nos muestran estas formas modernas de alcoholismo, que están atrapadas en la desaparición subjetiva, en el goce del anhelo, es lo que se descubre para todo adolescente cuando aquello que nombra al padre no ha podido sostenerse para el sujeto: la confrontación directa del goce del Otro arcaico, aquello de lo que el sujeto no pudo protegerse por un padre que sostiene.

En efecto, el padre es una protección necesaria frente al goce arcaico previo a la separación individuación. La función paterna, y ella sola, puede venir a dar cuenta y explicar

²⁷ Op.cit.

²⁸ La cursiva es nuestra.

lo que está perdido en la separación del campo de lo materno. El padre como representante de un deseo de la madre que está afuera del infans es la razón (a la vez causa, pero también explicación razonable) de la imposible fusión con la madre, y de las frustraciones y privaciones que provienen de ella. Esta introducción del padre en la excitación-satisfacción primaria, donde el cuerpo y el objeto no están separados, para el sujeto es una protección contra el abandono que representa el fin de la satisfacción inmediata del recién nacido. Cuando, por razones históricas individuales, esta función paterna no pudo tomar suficientemente su lugar, lo que no quiere decir que esté ausente o forcluída, lo que vuelve a la escena en la adolescencia, en el tiempo en que el cuerpo retoma la delantera de la escena en la fusión del coito, es esta no distinción del cuerpo y del sujeto. La búsqueda de estos adolescentes que intentan la desaparición del sujeto en el alcohol es en realidad una búsqueda funcional de supervivencia y de existencia frente al descubrimiento de la inconsistencia del otro. (...) el yo experimenta entonces en esta debilidad narcisista, que lleva a tener que sostenerse del otro para ser, o matar al otro para sobrevivir en la delincuencia moderna.”

“Si el sujeto de tiempo post-puberal debe deconstruir las figuras ideales imaginarias que sostienen las figuras simbólicas, solo se puede arriesgar en esta operación si tiene la esperanza de encontrar en otro lado, fuera de lo infantil, otra figura de lo simbólico que le permitiría ordenar de nuevo sus deseos y su vida. Esta operación adolescente es difícil de asumir en estos días para el conjunto de la juventud, porque las “referencias” del mundo adulto parecen ellas mismas borrosas. Entonces esta violencia narcisista de embriaguez alcohólica no se debe entender únicamente como reveladora de la dificultad de todo sujeto en la adolescencia para desplazar las figuras ideales infantiles de las imagos parentales hacia aquellos adultos con figura social, cuando los adultos ya no saben qué decir de los significantes que organizan el mundo.”

La negación

Un punto a tener en cuenta es los *mecanismos de negación* desarrollados por pacientes con esta problemática. Es natural que tiendan a transmitir que

- tienen la ingesta de alcohol bajo control
- que en realidad no beben tanto
- que pueden dejar de beber cuando lo decidan
- que no necesitan ayuda.

Esto conlleva una *falta de conciencia de enfermedad*, lo que dificulta en gran medida la tarea del profesional para lograr continuidad en el tratamiento.

Estos mecanismos de defensa dejan de ser útiles cuando el deterioro físico se empieza a hacer evidente, hasta el punto de poner en riesgo la vida misma. Sin embargo, esto último muchas veces no garantiza que el paciente empiece o continúe en tratamiento.

Parte IV.

Propuesta de abordaje.

Abordaje

Intentaremos en esta sección pensar cuáles son las acciones concretas que pueden ser implementadas por un profesional de la psicología frente a esta problemática, es decir, cuáles pueden ser sus aportes.

Nos resulta para ello de mucha utilidad hacer una *lectura* de la enfermedad desde la teoría psicoanalítica -como se vió en capítulos anteriores- en lo referente a la personalidad del adicto, a las características de la familia de la que proviene, los mecanismos de defensa que utiliza, etc., pero consideramos que el *método* a utilizar para un tratamiento del alcoholismo no puede ser en una primera instancia el psicoanalítico, puesto que éstos pacientes presentan, como se detalló en secciones anteriores, un marcado deterioro en las funciones cognitivas, lo que conlleva una importante disminución de la capacidad de simbolización, de la capacidad de expresión oral, del insight como proceso de pensamiento.

Si agregamos a esto último un desorden generalizado de la estructura del pensamiento, entenderemos la imposibilidad de inducir a estos pacientes a *asociar libremente*.

Tratamiento:

- Marco teórico para el tratamiento psicológico.

Para el *proceso de diagnóstico y admisión* psicológicos se utilizan herramientas diagnósticas que tiene su sustento teórico en el psicoanálisis.

El primer concepto a aclarar y que apoya el tratamiento es que el alcoholismo es una enfermedad sistémica. Se utiliza la palabra enfermedad porque, si bien no refleja fielmente el trastorno en su totalidad y naturaleza (puede pensarse que enfermedad involucra únicamente el aspecto físico), es totalmente eficaz a la hora de demostrarle al paciente que tiene un problema. Parece ser que es sólo ante la "enfermedad" que el paciente decide

empezar un tratamiento. Esto no implica que se deje de lado su carácter de trastorno en lo que tiene de social, emocional, en sus determinantes de personalidad y caracterológicos. Se utiliza este término estratégicamente.

Otro concepto cuya aclaración es importante es el de "recuperación". No hablamos de cura definitiva, porque sabemos que estos pacientes no se curan. Sí pueden lograr una abstinencia definitiva, que puede ser llamada "recuperación". Este es el principal objetivo de la institución.

Un primer paso en el *tratamiento psicológico* de un paciente que padece alcoholismo serían:

- Ψ desmitificar el trastorno: informar al paciente acerca de que el alcoholismo es una enfermedad como cualquier otra (por lo general se equipara a la diabetes, la hipertensión), que puede tocarle a cualquiera y que por lo tanto requiere tratamiento. Equiparando el alcoholismo a otras enfermedades se intenta despojarlo de la carga valorativa negativa que posee, y además terminar con la creencia que el alcohólico tiene factores personales que lo llevan a beber (culpa) para que el paciente se vea menos cohibido a reconocer su forma de beber.
- Ψ Dar información al paciente acerca del trastorno: se le describen síntomas y padecimientos, el curso de la enfermedad, sus sensaciones y compulsividad frente al alcohol, en una demostración de que se tiene el trastorno catalogado y que existe como entidad nosográfica. Las frases son del tipo: -"seguramente usted empezó bebiendo de "x" manera, pero en un momento comenzó a hacerlo en forma "z", -"es posible que usted haya sentido primero "x" sensaciones, que después se transformaron en "z"."
- Ψ mostrar al paciente la necesidad de dejar definitivamente de beber. Es importante que el paciente pueda establecer una relación entre su malestar físico y psíquico actual y las cantidades de alcohol que ingiere. Puede considerarse en este momento

dada la necesidad de empezar un tratamiento, la posibilidad de derivar al paciente a un profesional que pueda suministrarle fármacos para el alivio de la ansiedad.

Una vez logrados estos primeros pasos, pasados varios meses de desintoxicación y estando el paciente bajo control médico, recién es posible el establecimiento de un diálogo más organizado con el mismo, lo que dependerá también del grado de compromiso que tenga este con la bebida, el tiempo que lleva bebiendo en exceso, etc. Mientras tanto la función del psicólogo será mayormente de acompañamiento y apuntalamiento en esta decisión que debe tomar para comenzar un tratamiento, informándolo de las implicancias físicas y anímicas que la abstinencia puede conllevar, el curso normal de la enfermedad con sus recaídas, la existencia de grupos de autoayuda, etc.

Un segundo momento del *tratamiento psicológico*, luego que el paciente se ha estabilizado físicamente estando bajo supervisión médica, se sustenta teóricamente en el psicoanálisis, y apunta a la revisión de factores de personalidad y carácter que pueden estar motivando las conductas y hábitos de ingesta de alcohol.

□ Técnicas:

Se utilizan para el diagnóstico psicológico las siguientes técnicas:

Ψ entrevista

Ψ administración de historia de vida

Ψ técnicas de diagnóstico específicas de alcoholismo (CAGE, AUDIT).

De ser posible, teniendo en cuenta el estado del paciente, se utilizarán técnicas proyectivas:

Ψ TRO

Ψ Rorschach

Ψ Dibujo libre

De ser necesario para confirmar o refutar alguna hipótesis, se aplicarán técnicas psicométricas:

Ψ Bender

Ψ Raven

Ψ WAIS

Se utilizan para el tratamiento psicológico en una **primera fase**:

Ψ entrevistas individuales, tendientes al acompañamiento y contención en la decisión del paciente de comenzar un tratamiento para dejar de beber. Se trabajarían aspectos relacionados con el deterioro general que debido a la adicción al alcohol se ha producido en todas las áreas de su vida. En este momento también se sugiere al paciente la consulta médico-psiquiátrica, derivando a los profesionales correspondientes.

Se utilizan para el tratamiento psicológico en una **segunda fase**:

Ψ entrevistas individuales, tendientes a la revisión y resignificación de aspectos subjetivos de personalidad y carácter, así como motivaciones inconscientes que llevaron al desarrollo de conductas adictivas. Esta segunda fase sólo puede ser llevada a cabo de contarse con la abstinencia lograda y sobre todo con la desintoxicación.

Otro aspecto del tratamiento: el abordaje grupal.

La siguiente es la transcripción de una experiencia de trabajo grupal con pacientes alcohólicos²⁹.

El encuadre referencial que enmarca al grupo, responde a una frecuencia de 2 sesiones semanales, de 60' aproximadamente de duración. Tiene la modalidad de grupo abierto, por las características de la Institución, siendo que la cantidad de pacientes en cada sesión, depende del ingreso o egreso de los mismos.

La inclusión de pacientes internados se considera de suma importancia, pues permite la observación de procesos alcohólicos agudos; como delirios alucinatorios y cuadros de

deterioro mental, que generan vivencias intensas en el grupo, el cual por otra parte se constituye en testigo válido, otorgando a estos pacientes el reflejo vivencial del deterioro provocado por la crisis alcohólica, acelerando el proceso de toma de conciencia de la enfermedad, como único medio de acceso a la recuperación. De esta manera, apoyándose en la Teoría del Campo de Kurt Lewin sostienen que los comportamientos de los miembros del grupo, se influyen recíprocamente, de modo tal que la comunicación de cualquier tipo que uno emita, obra como estímulo en otro, y la actividad de éste, a su vez reaccúa sobre el primero.

Esto da validez al microgrupo, que no obstante lo artificial de su constitución y composición (heterogeneidad) es un ámbito adecuado para generar significaciones de salud y promover una nueva lectura de los propios padecimientos a través del testimonio experiencial de los otros miembros del grupo que también tienen sus padecimientos. A esta situación Foulkes llamó "reacción en espejo", adelantando una conceptualización teórica: los conflictos, las ansiedades, los miedos, se atemperan al reconocer en otros los mismos disturbios ("El dolor compartido es menos dolor").

Ackerman lo denominó "Fenómeno universal": lo nuestro se siente menos cuando dejamos de verlo como un fenómeno propio, singular. Claro que si se quiere instrumentar una psicoterapia científica, no podemos quedarnos con esta significación del sentido común; debemos sobrepasarla para profundizar y develar la esencia de los fenómenos.

Uno de los objetivos principales que se instrumentan a partir del encuadre, responde a la continuidad de concurrencia al grupo de los pacientes ya externados, como así también aquellos con tratamiento ambulatorio.

²⁹ Dr. Pantaleona, Dr. Montellano y Dra. Zagier. "Alcoholismo: una experiencia grupal." Cuaderno de Psicoterapia. Publicación de la Clínica de Neuropsiquiatría y Psicología Médica. Año 1, N°1. 55

Destacamos la imprescindible necesidad del enfoque terapéutico multidisciplinario, dada la complejidad de la enfermedad. El fracaso en el tratamiento es muchas veces debido al enfoque unilateral del problema.

Dicha estructura comprende desde el momento de la internación los siguientes recursos:

- Proceso de desintoxicación
- control psicofarmacológico
- terapia individual
- terapia grupal
- terapia familiar
- asamblea de amigos y familiares del alcohólico

El objetivo específico del grupo terapéutico es la cura, tarea que cohesiona al grupo, para lo cual se promueve un tipo especial de relación terapéutica, que coloca en una situación de dar y recibir tratamiento, a todos los participantes del grupo en cuestión.

El grupo terapéutico es un conjunto humano en que sus componentes no sólo están en una situación colectiva, sino que al interactuar entre sí van configurando una estructura que sostiene y estimula la actividad terapéutica. En nuestro caso específico el objetivo ya no es la cura sino la recuperación y contención del paciente alcohólico.

Mediante un mecanismo de retroalimentación, se configuran en el trabajo del grupo una acción y una reacción, lo que provoca un acontecer con doble vertiente, el influjo del otro o los otros sobre un paciente, como así también su propio influjo sobre el otro o los otros. A este proceso llamamos interacción, la que se determina a través de la comunicación, entre dos o más personas. Dicho de otro modo la enfermedad alcohólica es el elemento cohesionador, pero al mismo tiempo el coordinador debe efectuar el proceso de comparación en la dinámica grupal, ayudando a descubrir la dialéctica de lo disímil y lo similar. **Cada paciente debe aprender a descubrir en qué se parece y en qué se**

diferencia su alcoholismo del que padecen los otros. De esta manera sabrá más acerca de la individualidad de su conducta alcohólica, de sus sentimientos, y en ese saber se producirá la posibilidad de generar motivos capaces de reorientar su personalidad, corrigiendo su actitud frente al alcohol, modificando así su función relacional.

Nuestra labor de coordinación:

- debe dar siempre una orientación y un sentido a lo que se expresa espontáneamente.

- ayudar a crear en el grupo la inquietud de investigar las conductas, correlacionando los dichos con los hechos para una mejor explicación y comprensión de los mismos.

- a través de una labor interpretativa, analizamos las apariencias para descubrir la esencia que les subyace, tratando de hacerlo con claridad y en el momento oportuno para que sea captado por los integrantes del grupo. Dicho de otro modo, tratamos de descubrir las significaciones de segundo grado que son subyacentes a las significaciones del sentido común. Regulando la dinámica grupal y utilizando el señalamiento y la interpretación en los momentos adecuados se logra que los integrantes se apropien de esta nueva forma de explicar y comprender sus conductas.

A veces resulta de mayor eficacia la intervención a través de señalamientos de los mismos pacientes, que la que corresponde a la coordinación, lo que nos condujo a intervenir lo menos posible, estando atentos a la dinámica del grupo, tratando de generar con señalamientos e interpretaciones, significaciones de enfermedad que producen los integrantes del grupo.

Se crea fundamentalmente un clima de comprensión para facilitar la intervención e interacción de los pacientes, gestando un entorno emocional apropiado que permita efectuar señalamientos e interpretaciones, capaces de generar cambios.

Las conceptualizaciones didácticas en torno a la enfermedad, fuera de la dinámica grupal, no ayudan a una mayor toma de conciencia, por el contrario crean situaciones que frenan la actividad del grupo.

La conducción terapéutica debe promover un campo intergrupar fluido que permita, tanto el desarrollo de la temática del alcoholismo, como la manifestación de las distintas modalidades, de comportamiento relacional de cada integrante del grupo. Para ello estimulamos la participación tratando de no cortar o dirigir con intervenciones apresuradas el diálogo intergrupar.

Es decir, la coordinación posibilita que el grupo no se quede con las significaciones de primer grado, y pueda acceder a las significaciones de segundo grado, proceso que sólo se logra a través de un conocimiento teórico y la aplicación de un método.

Mediante el estudio de las significaciones que trascienden las apariencias, logramos convertir la interacción grupal en una labor concreta, orientada a que cada integrante conozca más de sí mismo, a través del conocimiento de los otros. Esta tarea no se da en forma lineal, sino en un desarrollo con altibajos que tratamos de señalar y aclarar siempre esperando el momento oportuno.

Se debe en el caso particular de la terapia grupal con alcohólicos determinar lo que la diferencia de otro tipo de grupo terapéutico. Aquí todos los pacientes padecen la misma enfermedad, siendo los rasgos de personalidad característicos a cada uno de ellos, lo que marcaría las individualidades de la modalidad alcohólica.

La tarea específica que mediatiza las relaciones interpersonales entre los pacientes, está planteada desde la recuperación de la enfermedad; trabajándose aspectos como por ejemplo, la elaboración de un nuevo proyecto de vida, que responda a significaciones en su mayoría de salud y no de enfermedad.

La labor psicoterapéutica está orientada a restablecer el equilibrio de la esfera motivacional del paciente a través de la ampliación del campo de su conciencia, la

modificación de su conducta relacional y la elaboración conjunta de ese proyecto de vida, que lo aleje definitivamente del alcohol.

Se trata en forma constante de lograr que el paciente realice una toma de conciencia de su enfermedad alcohólica y de tal modo asumir los conflictos que ya trae aparejados.

Al respecto el Dr. Cabral sostiene: "Sufrir un conflicto o enfermedad es una cosa, asumirlo es ponerse en el camino de la cura."

Conclusión

Como profesionales de la psicología, nos hemos situado frente a esta problemática del alcoholismo y, desde un marco teórico psicoanalítico, así como también contando con la colaboración de otras disciplinas, hemos intentado elaborar una propuesta de abordaje.

Nos ha impulsado el conocimiento de las características y el curso de la misma, el hecho de conocer estadísticamente cuán afectada se encuentra nuestra población por el alcoholismo, la toma de consciencia de la falta de contención y de propuestas de recuperación concretas que padecen los afectados, dada la falta de formación profesional en el tema. Partimos de la premisa de que existe la posibilidad de recuperación de aquellas personas que padecen alcoholismo siempre que se logre una toma de consciencia de la problemática por parte del paciente y su entorno. Buscamos brindar los elementos necesarios para generar un cambio tendiente a la recuperación.

Hemos hecho para eso un recorrido teórico previo a la propuesta de abordaje: hemos planteado al alcoholismo como un trastorno del narcisismo. Esto se apoyaría en la premisa que el alcoholismo es una adicción, y las mismas se encuadrarían nosográficamente dentro de los denominados Trastornos del Narcisismo.

Podemos suponer así ciertas pautas generales en los pacientes alcohólicos, a saber:

- una representación valorativa de sí construida en la intersubjetividad, esencialmente la existente entre el sujeto y los personajes significativos de su infancia. Todas las representaciones narcisísticas contienen un juicio de valor que el sujeto tiene de sí mismo en término de situación. La construcción intersubjetiva de una representación valorativa de sí mismo puede recorrer diferentes visicitudes. No siempre la mirada del otro es valorizadora, también puede existir la descalificación, la ausencia de catexia narcicista o la narcicisación en exceso, en función del deseo del otro.(H. Bleichmar).

- el narcisismo como el alimento de las funciones, ya que provoca el anhelo de repetición, y la subnutrición de gratificación narcisista a la que están

expuestos algunos sujetos los conduce a una mutilación funcional.(H. Bleichmar).

- pueden existir fallas en la narcicización o desnarcicización.

- como resultado puede existir la ansiedad narcisista que pone en marcha actividades del psiquismo tendientes a disminuirla. Estas actividades son los mecanismos de defensa (represión, negación, proyección, etc.), que calman la ansiedad narcisista, *pero que no modifican la causa que la determina*. **El retorno de lo excluido constituye por esto una amenaza perpetua.**

- el sujeto para salir de la situación narcisista angustiosa puede apelar a experiencias placenteras que no se relacionan temáticamente con el sufrimiento narcisista. Una forma de hacer frente a la ansiedad narcisista es la "experiencia de satisfacción sustitutiva": tomemos como ejemplo el caso del alcoholista: ante estados de tristeza, miedo, dolor físico, etc. recurre a la ingesta de alcohol que para él se ha convertido en una experiencia de satisfacción privilegiada, una especie de antídoto polivalente. No importa que angustia esté actuando, pero recurrirá al placer oral para contrarrestarla. La experiencia de satisfacción funciona como una estructura global, es decir, es activada por el displacer y se desarrolla siguiendo una serie de pasos más o menos fijos. No existiría una relación temática entre la experiencia de satisfacción y la que provoca el displacer, sino una relación entre estructuras.

- en un momento, se crea un desfasaje de significado entre la experiencia de miedo, tristeza, desvalorización y la de satisfacción que le sigue. Este desfasaje se halla en la base de la repetición de la experiencia de satisfacción - caso de las perversiones, de las adicciones, de la obesidad, etc. - ya que al no ser la experiencia de satisfacción la que contrarresta en el terreno específico la ansiedad que la desencadenó esta persiste como tal y sólo es neutralizada temporalmente.

– a través de la repetición se *buscará alcanzar en la actualidad aquel placer funcional que no halló satisfacción* en un determinado nivel. Cuando un sujeto ha recibido excesivas frustraciones en determinada fase de su evolución queda establecido un "estado de insatisfacción" cuyo remanente promueve la apertura de una vía promisorio de felicidad que nunca puede alcanzarse. (Elsa Gervasio)

– el beber, el beber alcohol, sus figuras representacionales, el proceso de alcoholización, se van desplegando en el espacio transicional, e invisten a los apoyos del psiquismo, se apoyan en ellos, los reemplazan y desplazan favorecidos por procesos culturales y sociales que inducen a tomar. (Dr. C. Pellegrini).

– el alcohol o sus formas representacionales (botella, porrón, copa, damajuana) se integran muy tempranamente a ese espacio transicional, en función del papel cultural y social destacado que el beber tiene, y de su identificación con figuras parentales o familiares, con actos y situaciones jerarquizadas de los grupos humanos (fiestas, celebraciones, cumpleaños, velorios, despedidas, nacimientos, etc.); del papel convocante que la bebida tiene cuando reúne familias en torno de una mesa (aquí se liga con una forma representacional de la alimentación); del momento culminante de significaciones profundas vida-muerte que tiene cada brindis. (Dr. C. Pellegrini).

Vemos así, después de esta caracterización del paciente alcohólico, varios de los factores predisponentes para la adquisición de esta particular adicción. Queda visualizada de este modo la pluricausalidad en el desarrollo de la problemática por parte de un paciente.

Intentamos también a lo largo del trabajo caracterizar la enfermedad, lo que determinó la propuesta de abordaje:

– En fases: dados los diferentes estados por los que pasa el paciente alcohólico. El deterioro cognitivo con el que ingresa el paciente a la consulta obliga a un primer momento de acompañamiento y contención. Más tarde se reforzarán conductas tendientes a la estabilidad física y anímica (posible suministro de psicofármacos por profesionales idóneos) y una vez logrado este paso, podrán revisarse aspectos más profundos de la personalidad del paciente. Siempre habrá que estar atentos a la aparición de recaídas, y a la influencia de las mismas en la evolución del tratamiento.

– Necesidad de psicoterapia individual: para analizar y trabajar aspectos singulares de cada paciente alcohólico, más allá de cualquier generalización nosográfica.

– Necesidad de psicoterapia grupal: para trabajar aspectos comunes y compartidos por otros integrantes del grupo. El trabajo en grupo contribuye a identificar en los otros aquellos miedos, angustias, situaciones, y conflictos propios, lo que contribuye a relativizar el significado de los mismos, y al mismo tiempo permite a cada integrante ver y aprender acerca de el diferente manejo que cada uno puede tener de las mismas situaciones. Es decir, hay un permanente interjuego entre lo individual compartido por el grupo y lo grupal influyendo en lo individual y favoreciendo posibles resignificaciones.

El objetivo del presente trabajo se considera cumplido si se tiene en cuenta que a partir de la caracterización teórica del paciente y la problemática se desprende una propuesta de abordaje que intenta la búsqueda de un cambio, que apunte al mejoramiento de la calidad de vida del paciente y su entorno.